

LA GESTIÓN SANITARIA ORIENTADA HACIA LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LOS PACIENTES

2ª Edición



Director


Jesús María Aranaz Andrés

Directores Asociados

Carlos Aibar Remón

José Joaquín Mira Solves

Julián Vitaller Burillo



Fundación MAPFRE no se hace responsable del contenido de esta obra, ni el hecho de publicarla implica conformidad o identificación con la opinión del autor o autores.

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista en la ley.

© 2017, Fundación MAPFRE
Paseo de Recoletos, 23
28004 Madrid (España)
www.fundacionmapfre.org

ISBN: 978-84-9844-633-3
Depósito Legal: M-6680-2017
Maquetación y producción editorial: Cyan, Proyectos Editoriales, S.A.

1

EL SISTEMA SANITARIO Y LA SALUD: ORGANIZACIÓN DE LOS SISTEMAS SANITARIOS

Elena Ronda Pérez, Jesús María Aranaz Andrés,
Carlos Aibar Remón, Carlos Álvarez-Dardet Díaz

La razón de ser de todo sistema sanitario es mejorar la salud. Esto implica alcanzar el mejor nivel posible de salud para toda la población lo que a su vez supone contar con un sistema de salud efectivo y equitativo que ofrezca un trato adecuado a los usuarios en un marco que respete la dignidad de las personas, su autonomía y la confidencialidad, y garantice la seguridad económica en materia de salud, es decir, unos esquemas de financiación que protejan a la población de gastos excesivos por motivos de salud y que al mismo tiempo puedan ser mantenidos por la economía de los propios países. El mejor sistema es el que permite obtener la mejor relación calidad/precio en el ámbito sanitario.

1. DEFINICIÓN DE SISTEMA SANITARIO

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el sistema sanitario (SS) como el conjunto de organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal es mejorar la salud en los hogares, lugares de trabajo, lugares públicos y las comunidades, así como en el medio ambiente físico y psicosocial. Los SS están formados por todos los profesionales que actúan y las medidas utilizadas con la finalidad de promover, restablecer o mantener la salud.

La OMS lo incorpora al término más amplio de sistema de salud, que hace referencia a todas las actividades cuya finalidad principal es promover, mantener o restablecer la salud e incluye a todos los elementos institucionales y comunitarios que inciden sobre la salud de la población. Así, por ejemplo, también se incluiría a las redes informales de ayuda o cuidados de salud proporcionados por familiares, vecinos o amigos en favor de personas con problemas de salud crónicos, con alguna discapacidad

o ancianos. Así como también responden a esta definición las políticas y medidas esenciales para mejorar el estado de salud de la población que se desarrollan desde otros ámbitos como desde la educación, hacienda, obras públicas, servicios sociales, agrícolas o ambientales entre otras y que tienen repercusión directa en la salud de la población.

Aun cuando la aportación directa de los SS a la mejora del estado de salud de la población ha sido muy cuestionada representan uno de los sectores más amplios de la economía mundial. El gasto sanitario mundial supera ampliamente el 8% del PIB. Así mismo, la Organización Internacional del Trabajo estima que alrededor de 35 millones de personas trabajan en este sector en el mundo. En España, el Sistema Nacional de Salud es el principal empleador del país: 1.119.200 personas trabajan en este sector.

2. MODELOS DE ANÁLISIS DE LOS SISTEMAS SANITARIOS

Todo sistema sanitario se fundamenta en cuatro funciones que determinan su estructura y organización: la financiación, la regulación, la gestión y la prestación de servicios.

2.1. La financiación de los sistemas sanitarios

Es el proceso mediante el cual se recaudan fondos (ingresos) y se asignan a las actividades de prestación de servicios sanitarios. Se produce principalmente a partir de siete mecanismos básicos: pagos en efectivo, seguro voluntario en función de los ingresos, seguro voluntario en función del riesgo, seguro obligatorio, impuestos generales y específicos, y donaciones de organizaciones no gubernamentales.

2.2. La regulación de los sistemas sanitarios

La regulación abarca tres aspectos esenciales: formular, aplicar y vigilar normas para el sistema sanitario; es decir, establecer unas reglas de juego uniformes para todos los actores del sistema (pacientes, aseguradores, proveedores y gobiernos) y dar orientaciones estratégicas dirigidas al sistema de salud en su conjunto.

2.3. La provisión de los servicios de atención sanitaria

Del mismo modo que la financiación puede ser pública y privada la provisión de los servicios también se estructura en torno a dos ejes, el primero, gestión pública-privada y el segundo, gestión centralizada-descentralizada.

En la mayoría de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), la parte más importante del gasto sanitario tiene financiación pública, así en 2012 el promedio de financiación pública fue del 73%. Todos los países cuentan con un sistema sanitario de gestión pública que difieren entre ellos en los servicios mínimos que prestan a sus ciudadanos. Excepcionalmente algunos países no cuentan con servicios sanitarios privados, sin embargo, éstos suelen estar presente en la mayoría como un complemento a la pública. La regla general es que en un país coexistan los dos tipos de servicios: público y privado, siendo el conjunto un sistema sanitario mixto.

Uno de los modelos que mejor esquematiza el sistema sanitario para el análisis es el de Dumenil-Fagnani, que establece tres subsistemas, el del nivel de salud de la población, el del aparato de producción de servicios sanitarios y el de financiación y cobertura del consumo sanitario, al tiempo que establece cómo son las interrelaciones entre los tres subsistemas (figura 1).

FIGURA 1. Modelo de representación esquemática del sistema sanitario



La descentralización política ha devenido consustancial al funcionamiento de muchos sistemas sanitarios. Durante las últimas décadas, los gobiernos de diferentes países han descentralizado responsabilidades fiscales, políticas y administrativas a gobiernos regionales o locales, como parte misma de los procesos de reforma sanitaria. Se han creado de este modo gobiernos subcentrales —dependiendo del tipo de estructura administrativa— con poder y recursos suficientes como para realizar una gestión efectiva del sistema sanitario sobre unas bases de gestión autónoma. Éste ha sido claramente el caso en los países pioneros en la descentralización sanitaria, como Canadá, Australia o los países nórdicos y desde las dos últimas décadas es el caso de España con las transferencias a las Comunidades Autónomas.

En síntesis, de las diferentes alternativas de financiación, provisión y cobertura en los sistemas sanitarios junto con otros factores de tipo social y político, se deduce una amplia gama de tipologías y modelos, sin embargo en la práctica los sistemas sanitarios se agrupan en torno a los siguientes modelos:

a) Seguros Sociales (Modelo BISMARCK)

Las raíces históricas del modelo se sitúan en los gremios y cofradías de la Edad Media, que ofrecían mediante el pago periódico de una cantidad los servicios de cirujano, botica y entierro, y en los principios que impulsaron al canciller prusiano Bismarck a crear, a finales del siglo XIX, un sistema de previsión social destinado a proporcionar a los trabajadores y a sus familias una protección económica frente a algunos riesgos, entre ellos el de enfermedad.

La financiación de este modelo de sistema sanitario es pública, realizándose fundamentalmente a través de cotizaciones de trabajadores y empresarios deducidas de las rentas del trabajo. La provisión de los servicios suele ser pública y privada, y la cobertura alcanza a la población trabajadora y a sus familias, habiéndose llegado con el tiempo a fórmulas de extensión de dicha cobertura a la casi totalidad de la población. En general, este modelo plantea problemas de equidad y costes, y entre sus ventajas destaca la mayor capacidad de elección por parte del usuario. Es el modelo elegido en numerosos países del norte y centro de Europa, tales como Francia, Bélgica, Alemania, Holanda, Luxemburgo y Suiza, entre otros. También es el modelo que imperaba en los países del sur de Europa, como España antes que migraran a sistemas tipo Beveridge.

b) Servicio Nacional de Salud (Modelo BEVERIDGE)

Su punto de partida histórico se localiza en el Reino Unido, se basa en el principio de que “toda persona tiene derecho al mejor tratamiento médico existente, fueran cuales fuesen sus medios económicos”, la financiación es pública a través de los impuestos generales; la provisión también es pública y la cobertura universal. Este tipo de sistemas se originó a partir de pequeñas iniciativas de seguridad social en cuya financiación el Estado fue asumiendo cada vez mayor responsabilidad a través de los impuestos generales, hasta llegar a cubrir a toda la población.

Es un modelo más “integrado”, donde la libertad de elección del usuario está fuertemente restringida existiendo problemas de accesibilidad (listas de espera), a cambio de mayor equidad y control del gasto. El modelo se extendió inmediatamente después de la segunda guerra mundial desde el Reino Unido a Suecia, Noruega, Dinamarca, y desde 1980 a España, Italia, Grecia y Portugal.

c) Modelo de libre Mercado Sanitario (modelo LIBERAL)

Hay otros países que optan por considerar la salud como un bien de mercado, y consecuentemente no tienen ningún tipo de regulación estatal. La contribución del Estado se limita a la atención a determinados grupos vulnerables de la población. Suelen coexistir redes de beneficencia con seguros voluntarios privados. El usuario realiza directamente el pago al proveedor, sin intermediarios de ningún tipo o más frecuentemente a través de compañías privadas de seguros. La regulación se limita a establecer unas condiciones para el ejercicio (licencias profesionales y otras) y la utilización de los servicios se basa en la ley de la oferta y la demanda.

Característico de Estados Unidos, presenta como principales ventajas la alta competitividad existente entre los diferentes proveedores, que para captar clientes hace que la tecnología y la investigación científico-médica avancen notablemente. Sin embargo la accesibilidad es reducida para algunas prestaciones y los resultados sobre la salud de la población en su conjunto son más limitados. Tiene también una serie de inconvenientes como el alto coste para la sociedad, en Estados Unidos están por encima del 12% de gasto sanitario del total del PIB nacional. Necesariamente deben tener redes de beneficencia que atiendan a los que no pueden pagar directamente o no tienen seguros que les cubran ampliamente; esto genera situaciones graves de falta de equidad y discriminación. De hecho, y con la finalidad de mejorar el acceso a los servicios de salud se aprobó en 2010 la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (The Affordable Care Act, conocido como ObamaCare) es una

reforma dirigida a mejorar el sistema de cuidados de salud de los ciudadanos, regular la industria de aseguradoras y reducir el gasto en éstos servicio.

d) La ausencia de modelo

Un panorama diferente es el que nos encontramos en muchos países de África y algunos de Latinoamérica y Asia. La mayoría de estos países reconocen la universalidad del derecho a la salud, pero la financiación estatal es reducida. Para hacerlo efectivo utilizan una combinación variable de de diversas modalidades de aseguramiento público y privado, asumiendo el Estado la atención de la población no cubierta por los mismos y precisando, con gran frecuencia, de aportaciones y colaboraciones de organizaciones no gubernamentales y organismos internacionales. Problemas comunes en estos países son la inequidad de acceso a los servicios y cifras inaceptables de morbilidad evitable por enfermedades infecciosas y con origen en el medio ambiente.

3. PROBLEMAS Y RETOS DE LOS SISTEMAS SANITARIOS

En la actualidad y desde hace tiempo, el gran debate que se está produciendo en los sistemas sanitarios gira en torno a la sostenibilidad del modelo: El alto coste de las prestaciones (con especial atención a los fármacos y resto de tratamientos) y la cada vez mayor necesidad de ellas por más población, van a hacer inviables económicamente estos sistemas a medio plazo. Para ello, se están poniendo en práctica importantes medidas para mejorar la gestión de las prestaciones, para optimizar recursos (descenso de estancias en los hospitales, control de prescripciones, entre otros), para introducir nuevos modelos de gestión manteniendo la financiación pública, concertar con la privada diferentes formas de provisión de servicios. A esto se une también un progresivo envejecimiento de la población, especialmente en Europa, y una disminución de la población activa, que unido a las crisis económicas de muchos países y el cuestionamiento del estado de bienestar son los retos a los que se enfrentan los sistemas sanitarios del siglo XXI.

También hay que destacar una paralela insatisfacción de usuarios y profesionales, la existencia de fuertes variaciones en la práctica médica y la constatación de que la productividad en los servicios sanitarios, no está a menudo, a la altura de la eficacia deseada. Las reformas basadas en la gestión intentan atraer mecanismos de carácter empresarial para hacer los sistemas más eficientes, mientras que las basadas en

la competencia tratan de crear mecanismos de mercado en la oferta o demanda de los servicios.

PARA SABER MÁS

- Grosse-Tebbes S, Figueras J. Snapshots of Health Systems. European Observatory on Health Systems and Policies. Disponible en <http://goo.gl/sUioBC>. [Accedido 16 de marzo de 2016].
- OMS. Informe Mundial de la Salud. 2000. Sistemas de Salud: Mejorar el Desempeño. Ginebra: OMS; 2000. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2000/es/index.htm> [Accedido 16 de marzo de 2016].
- OMS. Repaso de la salud mundial en 2015. <http://www.who.int/features/2015/year-review/jan-apr/es/> [Accedido 16 de marzo de 2016].
- OECD. Towards High-Performing Health Systems: The OECD Health Project. Disponible en: <http://www.oecd.org/els/health-systems/towardshigh-performinghealthsystems.htm> [Accedido 16 de marzo de 2016].

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brundtland GH. An International public health policy agenda for the twenty-first agenda. En: Detels R, McEwen J, Beaglehole R, Tanaka H. Oxford Textbook of Public Health. 4th Ed. New York, Oxford University Press, 2002:1939-1946.
2. Aibar-Remón C, Aranaz-Andrés JM, García-Montero JI. Cuidado de la salud. Sistema social y sistema sanitario. En Hernández-Aguado I, Gil A, Delgado M, Bolúmar F, Benavides F, Álvarez-Dardet C, Vioque J, Lumbreras B. Manual de epidemiología y salud pública para grados en ciencias de la salud. Panamericana Editorial Médica. 2ª Edición. Madrid, 2011.
3. Ronda-Pérez E, Aranaz-Andrés JM, Aibar-Remón C, Álvarez-Dardet C. Modelos de sistemas sanitarios. En Piédrola. Medicina Preventiva, XIª Edición. Editorial, 2008. Barcelona: Elsevier Masson.
4. Aranaz JM, Aibar C. El cuidado de la salud: sistema social y sistema sanitario. Objetivos y características de los sistemas sanitarios. En Hernández I, Gil A, Bolúmar F, Delgado M. Manual de epidemiología y salud pública para licenciaturas y diplomaturas en ciencias de la salud. Panamericana Editorial Médica. Madrid, 2005.

5. Álvarez-Dardet C, Ronda-Pérez E, Aranaz-Andrés JM, Aibar-Remón C. Modelos de sistemas sanitarios. Financiación de los sistemas de salud. Análisis en el sistema de salud español. En Piédrola Gil. Medicina Preventiva, 12ª Edición. Editorial Elsevier Masson. Barcelona, 2016.
6. Wilkins R, Creer S. Decentralisation: promise and problems. En: Federalism, Financing and Public Health: Seminar Papers. U. K.-Australia Seminar. Canberra: Department of Health and Ageing; 2004.
7. Aranaz-Andrés JM, Aibar-Remón C, Vitaller-Burillo J, Mira-Solves JJ. Gestión sanitaria. Calidad y seguridad de los pacientes, MAPFRE-Díaz de Santos, 2008.